

DES
ABCÈS PÉRI-HÉPATIQUES
D'ORIGINE APPENDICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

EMMANUEL SALLET

Né le 12 Juin 1873, à Tonneins (Lot-et-Garonne)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1894

DES

ABCÈS PÉRI-HÉPATIQUES

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Novembre 1894

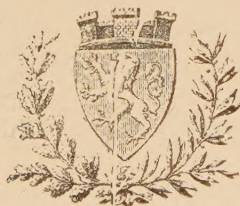
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

EMMANUEL SALLET

Né le 12 Juin 1873, à Tonneins (Lot-et-Garonne)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		X.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		X.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BARRAL,
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	MOREAU id.
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON, Président; M. SOULIER Assesseur; MM. JABOULAY et ROCHET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

A MES GRANDS-PARENTS

A MON ONCLE

A MA TANTE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR M. POLLOSSON

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JABOULAY

A MES MAÎTRES

de la Faculté de Lyon

A MES MAÎTRES

de la Faculté de Montpellier

Nous sommes heureux de faire hommage de notre travail inaugural à tous ceux qui, de près ou de loin, nous ont porté de l'intérêt ou témoigné de la sympathie ; et surtout nous tenons à affirmer hautement notre reconnaissance envers les Maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales.

Nous dédions ces pages :

A M. le professeur Pollosson, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous avons été l'année dernière au nombre de ses fidèles lors de ses attrayantes causeries cliniques à l'Hôtel-Dieu, et dans notre souvenir nous conserverons, entouré du plus profond respect, le nom du brillant professeur, du savant clinicien, qui nous a appris à connaître la médecine opératoire et à aimer la chirurgie.

A M. le professeur agrégé Jaboulay, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu, qui nous a inspiré ce travail, le

priant d'accepter ici l'expression de notre gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli.

A M. le professeur Ville, de la Faculté de Montpellier, en témoignage de la sollicitude qu'il nous a constamment montrée.

A M. Pasteur, chez qui nous avons trouvé à Lyon une seconde famille.

A M^{me} Perruchot, en souvenir de notre séjour à Saporta.

A tous nos camarades de promotion dont l'amitié nous a été si précieuse durant ces trois longues années d'école.

INTRODUCTION

Au mois de mars 1892, à la clinique de M. le professeur Poncet, nous avons suivi avec beaucoup d'intérêt un jeune malade qui était entré avec des symptômes d'appendicite très alarmants. Ce malade fut successivement opéré, à quelques jours d'intervalle, pour un abcès péri-appendiculaire dans la fosse iliaque droite, pour un abcès sus-hépatique, et enfin pour une pleurésie purulente. M. le professeur Poncet insista beaucoup sur la marche de cette inflammation qui, remontant de l'appendice, arrivait à la plèvre en passant par derrière le foie.

En janvier 1894, toujours à la Clinique de M. le professeur Poncet, nous avons vu un cas analogue qui fut opéré par notre maître, M. Jaboulay.

M. le professeur agrégé Jaboulay nous engagea à étudier ces formes d'abcès péri-hépatiques consécutifs aux

appendicites. Ce sujet à l'ordre du jour nous a vivement intéressé. Nous avons fait de nombreuses recherches, notamment dans les littératures étrangères, dans les publications récentes parues en Suisse, en Allemagne, en Angleterre, aux États-Unis. M. le professeur agrégé Jaboulay ne nous a pas ménagé ses conseils. Il nous a adressé aussi à M. le Dr Colrat, médecin des Hôpitaux, qui s'est mis à notre disposition avec une bonne grâce charmante et a bien voulu rappeler pour nous ses souvenirs et nous donner de mémoire deux observations inédites : nous sommes heureux de lui témoigner ici toute notre reconnaissance.

Voici quel sera le plan de notre étude.

Chapitre I. Historique.

Chapitre II. Anatomie et Pathogénie. Nous n'étudierons que les rapports de l'appendice avec le tissu cellulaire rétro-péritonéal, avec le diaphragme et la plèvre, rapports qui nous expliqueront la pathogénie des abcès péri-hépatiques.

Chapitre III. Anatomie pathologique.

Chapitre IV. Symptomatologie.

Chapitre V. Diagnostic. Pronostic. Traitement.

Chapitre VI. Observations.

DES
ABCÈS PÉRI-HÉPATIQUES
D'ORIGINE APPENDICULAIRE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les abcès dont nous nous occupons ont été signalés bien avant qu'on ait pu les rattacher à leur véritable origine. L'appendicite, en effet, n'a commencé à être bien connue que depuis 1888, lors des travaux de Fitz, Weir, en Amérique; de Trèves, en Angleterre; de Talamon et Reclus, en France; d'Einhorn, en Allemagne; de Roux, de Lausanne.

Cependant, dès 1881, en Allemagne, Poetsch, Jaffé rapportent des cas très nets d'abcès sous-diaphragmatiques d'origine appendiculaire. En revanche, Blocq¹ relate 5 observations de phlegmons sous-péritonéaux de la région hépatique. Ces phlegmons remontaient par derrière le foie et, s'étalant sur sa face convexe, déterminaient une

¹ P. Blocq, Progr. méd., 25 avril 1885.

voissure dans l'hypocondre droit ; une ou deux semaines avant leur apparition, on notait le tableau clinique de l'appendicite que l'on connaissait mal alors ; c'étaient des phlegmons consécutifs à l'appendicite : Blocq ne sait quelle étiologie leur donner.

En 1886, Deschamps ¹ rattache ces abcès péri-hépatiques à leur véritable origine : une lésion de l'appendice. Dès que l'appendicite commence à être bien connue, on étudie partout ces abcès sous-diaphragmatiques ; ils donnent lieu à des discussions intéressantes à la Société Centrale de Médecine Suisse, à la Société de Médecine Interne de Berlin, à la Société de Chirurgie. En fouillant dans les revues, dans les bulletins des Sociétés savantes, on trouve çà et là des observations éparses, se rapportant à notre sujet. Nous relatons dans notre dernier chapitre toutes les observations que nous avons pu réunir, en indiquant soigneusement les sources où nous avons puisé, ce qui nous dispense de faire un historique plus complet. Nous citerons néanmoins la thèse de Ramadan ² et deux thèses de Lyon, de Margery ³ et de Croizat ⁴ : ces trois études nous ont fourni plusieurs cas intéressants.

¹ Deschamps, Péritonite péri-hépatique enkystée, thèse, Paris 1886.

² Ramadan, Sur le pyo-pneumothorax sous phrénique, thèse, Paris 1891.

³ Margery, Appendicite généralisée d'emblée sans lésions appréciables de l'appendice, thèse, Lyon 1892.

⁴ Croizat, De la pleurésie droite comme complication de l'appendicite, de la typhite et de la péri-typhlite, thèse, Lyon, 1892.

CHAPITRE II

Anatomie et pathogénie.

1° ANATOMIE

Nous dirons simplement quelques mots sur une anomalie de situation de l'appendice, sur ses rapports avec le tissu cellulaire rétro-péritonéal; nous parlerons enfin de ses moyens de communication avec les organes contenus dans la partie supérieure de l'abdomen, c'est-à-dire de ses lymphatiques et de ses veines.

L'appendice, comme l'a prouvé Sappey, peut remonter jusqu'au bord tranchant du foie et entrer en contact par son extrémité avec la vésicule biliaire: un abcès péri-appendiculaire pourra ainsi être en même temps un abcès péri-hépatique.

L'appendice, entouré par le péritoine, ce qui est acquis depuis les recherches de Trèves et de Tuffier, est en contact

avec le tissu cellulaire rétro-péritonéal. Ce tissu cellulaire se continue en bas avec le tissu sous-péritonéal et le tissu cellulaire de la fosse iliaque et du petit bassin, en haut avec toute cette atmosphère celluleuse qui comble l'espace situé entre le rein et le foie, espace que M. Jaboulay appelle la loge *interréno-hépatique*. Comme limite de cette loge, nous avons en arrière la paroi abdominale postérieure (aponévroses du transverse, du carré des lombes) et la face antérieure du rein; — en avant et sur les côtés le côlon ascendant, la masse intestinale et le foie; — en haut le diaphragme. Le diaphragme n'est qu'une barrière apparente; car le tissu cellulaire rétro-péritonéal communique librement avec le tissu cellulaire péri-pleural au moyen d'un petit trajet, d'une sorte d'hiatus costo-lombaire qui existe à l'état normal et qui provient d'une absence des fibres du diaphragme en un point de ses insertions sur l'aponévrose du carré lombaire: cet hiatus ¹ est formé par le psoas, par deux faisceaux du diaphragme qui s'attachent: l'externe à la douzième côte, l'interne à l'arcade du psoas; enfin par une toile fibreuse qui descend de la face concave du diaphragme sur le carré lombaire: par cette voie très abondamment pourvue de vaisseaux lymphatiques et sanguins, l'inflammation peut se propager directement du tissu cellulaire rétro-péritonéal au tissu cellulaire sous-pleural.

Les lymphatiques de l'appendice se rendent au ganglion juxta-appendiculaire de Clado ², ganglion qui se trouve au niveau de la base du méso-appendice entre ses deux

¹ Tuffier, Soc. de biologie, 7 mai 1892.

² Clado, Commun. Soc. de biologie, 30 janvier 1892.

feuillet, dans l'angle qui sépare l'appendice et le cæcum de l'intestin grêle. Les lymphatiques partis de ce ganglion se rendent en bas dans les lymphatiques de l'utérus; en haut, ils suivent une double route : les uns montent le long du psoas et du carré des lombes et se mettent en communication avec ceux de la plèvre droite au-dessus du diaphragme; les autres parcourent le feuillet externe du méso-côlon ascendant et se dirigent vers la face convexe du foie, où ils s'anastomosent avec les lymphatiques des ligaments triangulaires, du ligament coronaire et du ligament suspenseur du foie; les lymphatiques du ligament suspenseur, à leur tour, cheminent entre les deux feuillets péritonéaux qui forment ce ligament, s'anastomosent de façon à constituer des troncs de moins en moins nombreux et de plus en plus gros; arrivés au diaphragme, ils ne forment plus que deux ou trois troncs, ou même un seul qui perfore le centre phrénique. La face convexe du foie est ainsi recouverte d'un réseau lymphatique qui communique en bas avec les lymphatiques venus de l'appendice, en haut avec ceux venus de la plèvre. Nous renvoyons à l'atlas de Bonamy et Broca, et surtout aux belles planches de Mascagni¹.

Nous pouvons rappeler aussi quelques remarques histologiques. Entre les faisceaux tendineux du diaphragme existent des lacunes constituant des cavités lymphatiques; ces cavités communiquent d'une part avec le réseau lymphatique sous-pleural, et de l'autre avec la cavité péritonéale par l'intermédiaire des *puits* de Ranvier, sortes de

¹ Vasorum lymphaticorum humani historia et ichonographia, auctore Paulo Mascagni, 1787.

petites lacunes circulaires ou un peu allongées; ces puits lymphatiques ne sont pas toujours béants, il peuvent avoir leur orifice obstrué par de petites cellules qui forment comme des opercules mobiles. Les cellules lymphatiques se meuvent librement dans ces cavités, circulant ainsi depuis le péritoine jusque dans la plèvre.

Les veines de l'appendice vont se jeter dans les veines cœcales et, de là, dans la grande mésentérique; celle-ci se réunit à la veine splénique pour former le tronc de la veine-porte qui se ramifie dans les lobules du foie, constituant les veines de Kiernan; ces dernières rayonnent vers le centre du lobule, formant les capillaires des veines sus-hépatiques; les veines sus-hépatiques se jettent dans la veine-cave.

2° PATHOGÉNIE

L'inflammation part de l'appendice pour se propager jusqu'autour du foie; elle peut emprunter deux voies : la voie du tissu cellulaire rétro-péritonéal et la voie péritonéale.

a) *Voie cellulaire.* — Suivant l'expression de Duddenhause¹, le tissu cellulaire rétro-péritonéal est *un canal reliant l'appendice à la plèvre* en passant par derrière le foie. Lorsque l'inflammation suit ce trajet, on a

¹ Duddenhause, Dissert. inaugur., Berlin 1869.

un véritable phlegmon rétro-péritonéal et péri-hépatique. Il y a ici deux cas à distinguer. Dans un premier cas, la paroi postérieure de l'appendice se laisse perforer après avoir contracté des adhérences avec le péritoine qui l'enveloppe; dans le tissu cellulaire, sous-jacent à cette membrane, se fait un épanchement de matières fécales; ainsi naissent des phlegmons stercoraux qui restent ordinairement limités à la fosse iliaque, mais qui peuvent aussi envahir toute la loge interrénô-hépatique et l'espace sous-diaphragmatique. Dans un deuxième cas, l'inflammation se propage de l'appendice aux ganglions échelonnés le long du psoas: on a alors de l'adénite et de la périadénite, en un mot, un phlegmon de tout le tissu cellulaire rétro-péritonéal.

b) *Vcie péritonéale.* — Nous connaissons la richesse du réseau lymphatique qui part de l'appendice pour aller au foie en suivant le méso-côlon ascendant. Du reste, à l'égal des autres séreuses, le péritoine peut être considéré comme un organe lymphatique, et, à la suite d'une appendicite, il y a toujours de la péritonite de voisinage. Prenons le cas le plus ordinaire: il y a une perforation de l'appendice, et cette perforation a donné naissance à un petit abcès enkysté, du volume d'une noisette ou d'une amande; plusieurs petits abcès se développent au voisinage du premier, se réunissent à lui; on a alors une poche du volume du poing, qui contient une sérosité purulente assez fluide, d'odeur fécale ou gangreneuse. Eh bien! parfois, l'inflammation se propage ainsi de proche en proche par l'intermédiaire du péritoine, et en suivant les voies

péritonéales les plus riches en lymphatiques ; elle gagne la région sous-hépatique, puis la région rétro-hépatique, enfin la région sus-hépatique. On peut avoir ainsi soit un énorme abcès enkysté, résultant de la fusion de petits abcès circonscrits développés successivement ; soit une succession, un chapelet de petits abcès enkystés, ne communiquant pas entre eux ; soit enfin un seul abcès, enkysté très loin de l'appendice, un abcès sus-hépatique par exemple. Dans ce dernier cas, il y a eu une péritonite adhésive depuis l'appendice jusqu'au foie, et ce n'est que sur la face convexe du foie que l'inflammation du péritoine a abouti à la suppuration. Il est peut-être permis de supposer que l'inflammation de l'appendice puisse donner naissance à une lymphangite tronculaire, lymphangite qui ne donnerait naissance à la péritonite que très loin de l'appendice, dans la région péri-hépatique par exemple, où on trouverait alors une lymphangite réticulaire et une collection purulente enkystée ; mais, en réalité, sur tout le trajet de la lymphangite, il doit y avoir un peu de retentissement sur le péritoine, mais à un degré variable et en rapport avec la richesse du réseau lymphatique. L'abcès à distance sera alors plus fréquent, là où il y aura le plus de lymphatiques, c'est-à-dire dans la région péri-hépatique. Rappelons que, bien que le pus soit formé dans le péritoine, grâce aux adhérences qui s'établissent, on se trouve en réalité en présence d'abcès indépendants de la cavité péritonéale.

Nous n'avons pas parlé de la voie veineuse dans notre pathogénie de l'abcès péri-hépatique : l'appendice, par la voie veineuse, ne peut donner naissance qu'à des abcès

intra-hépatiques. Il se forme dans ces cas une pyléphlébite qui donne naissance à des abcès multiples dans le foie. Cette forme d'abcès du foie a été très peu étudiée. Nous ajouterons qu'elle ne paraît pas très fréquente.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

1° ABCÈS PÉRI-HÉPATIQUE.

Limites de l'abcès. — Il ne peut pas être question de limites bien précises, puisqu'on a tantôt de petites collections nettement enkystées autour du foie, tantôt de vastes nappes purulentes qui vont de l'appendice à l'ombilic en passant derrière le foie.

Comme Deschamps, nous distinguerons un abcès sus-hépatique et un abcès sous-hépatique.

L'abcès sus-hépatique est généralement limité au lobe droit du foie, grâce à la présence du ligament suspenseur. En haut nous trouvons la face inférieure du diaphragme; en bas la face convexe du foie et les adhérences qui unissent le foie aux organes voisins et à la paroi abdominale; en avant la paroi costo-sternale doublée du diaphragme qui est maintenue appliquée contre elle par des adhérences solides; en arrière le diaphragme et ses

adhérences à la paroi abdominale, au côlon, à l'intestin grêle.

Souvent, toute la face supérieure du foie est prise. Le ligament suspenseur n'arrête pas la marche envahissante de l'abcès, qui peut descendre plus bas que le bord antérieur du foie, entre la face antérieure de l'estomac et la face postérieure des parois abdominales.

L'abcès sous-hépatique peut être en rapport avec toutes les parties de la face inférieure du foie.

Dans les cas de phlegmon du tissu cellulaire rétro-péritonéal, on trouve du pus partout où il y a du tissu cellulaire, c'est-à-dire dans toute la loge interrénô-hépatique et tout autour du foie.

Parois. — Les viscères qui limitent l'abcès sont tapissés de fausses membranes fibrino-purulentes plus ou moins épaisses, molles, de couleur grisâtre ou jaune verdâtre. Récentes, ces fausses membranes se laissent facilement déchirer; plus anciennes, elles s'organisent et deviennent plus résistantes. Elles sont hérissées de villosités et de lambeaux flottants irréguliers, appendus à la face interne de la cavité et susceptibles de s'en détacher, formant alors des détritux membraneux, qui se mélangent au contenu purulent de la poche, s'altèrent peu à peu et donnent naissance à un magma d'aspect gangreneux.

Contenu. — L'abcès renferme un liquide très fétide, de couleur gris verdâtre, quelquefois noirâtre. Quatre fois, il renfermait, en même temps que du pus, des gaz à odeur putride : c'était un pyo-pneumothorax sous-phrénique, suivant l'expression de Ledeyn; nous reviendrons sur ce genre d'abcès dans la symptomatologie.

2° LÉSIONS CONCOMITANTES

Appendice. — Du côté de l'appendice, nous trouvons toutes les lésions décrites dans l'appendicite. Nous n'avons pas à les rappeler; nous dirons simplement qu'une lésion anatomique, même très légère de l'appendice, peut donner naissance à un abcès péri-hépatique.

Péritoine. — Les organes contenus dans la partie supérieure de l'abdomen sont reliés entre eux et à la paroi abdominale, par des adhérences plus ou moins solides. A côté de vastes collections purulentes péri-hépatiques, on trouve parfois des foyers secondaires dans des points différents, limités par les organes voisins et les fausses membranes qui les réunissent. Ces foyers tantôt communiquent avec la cavité principale par des trajets fistuleux plus ou moins larges, tantôt en sont complètement indépendants. On trouve ainsi souvent à l'autopsie deux, trois petits abcès enkystés, assez éloignés de la collection principale. Le péritoine voisin peut être envahi secondairement et présenter tous les signes d'une péritonite généralisée.

Foie. — Le tissu hépatique est généralement sain. Il peut présenter des pertes de substance à fond purulent et gagnant en profondeur (Ramadan). Bassi ¹, reprenant les idées soutenues en France par Poulin, prétend qu'à la suite de péritonites péri-hépatiques simples ou tuberculeuses, le foie peut présenter les lésions de l'hépatite

¹ G. Bassi, Archiv. italian. di clin. med., XXVIII, 4.

interstitielle et du foie cardiaque, lésions dues à l'épaississement de la capsule de Glisson, à l'inflammation chronique de la plèvre et du péritoine qui apportent un obstacle à la déplétion des veines sus-hépatiques. Le foie, solidement fixé par ses adhérences, ne descend pas. Ramadan a signalé cependant un mouvement de rotation du foie sur son axe horizontal, à la suite duquel sa face antéro-supérieure, s'étant éloignée de la paroi abdominale, s'était directement dirigée en haut.

Intestins. — Les fausses membranes compriment la tunique musculaire intestinale qui s'atrophie, perd sa résistance et entraîne des ruptures intestinales.

Diaphragme. — Le diaphragme peut remonter un peu en haut, mais légèrement, sauf dans les cas très exceptionnels d'abcès sous-diaphragmatiques gazeux; il remonte alors jusqu'à la cinquième, quatrième et même troisième côte. Nous avons parlé des adhérences du diaphragme.

Le diaphragme est toujours le siège d'une lymphangite propageant l'inflammation du péritoine à la plèvre. On peut y trouver de petits abcès sans perforation, il peut être ulcéré enfin ou présenter une perforation, variant de 1 à 4 centimètres au niveau de son point culminant; dans ce dernier cas, la fibre musculaire gangrenée a été détruite.

Plèvres. — La plèvre gauche est généralement intacte, mais il y a toujours un retentissement du côté de la plèvre droite, retentissement qui se traduit rarement par une pleurésie sèche, souvent par une pleurésie séreuse ou une pleurésie purulente. On peut avoir également un pyothorax sous-pleural avec une pleurésie développée par contiguité. Nous renvoyons pour plus de détails à la thèse de Croizat.

Ledeyn croit que les deux épanchements purulents sous-diaphragmatique et pleural ne sont jamais de même nature, même avec perforation du diaphragme ; il s'appuie sur la non-fétidité du pus pleural, alors que le pus sous-diaphragmatique exhale une odeur fécaloïde. Cependant, dans nos observations, nous rapportons des cas où on a retiré de la plèvre, par la ponction, du pus fétide, notamment dans l'observation IX, où la plèvre en renfermait 2 lit. 1/2.

Poumons. — Le poumon droit adhère au diaphragme. A ce niveau, il est parfois creusé de foyers gangreneux dont les dimensions varient de celles d'un pois à celles d'un œuf de poule (Ramadan). Ses lobes, moyen et inférieur, sont refoulés en haut et en arrière contre la colonne vertébrale ; le lobe supérieur n'est pas comprimé. Le poumon gauche est sain.

Péricarde. — Les auteurs ne signalent généralement rien du côté du péricarde ; mais les connexions lymphatiques de la plèvre et du péritoine autorisent à penser que la péricardite sèche, séreuse ou purulente, peut et doit exister. Dans les observations, nous avons trouvé parfois un léger degré de péricardite sèche ou séreuse, même fibrineuse (obs. XXIV). Ramadan mentionne des cas de péricardite purulente à la suite d'abcès sous-diaphragmatiques consécutifs à la rupture d'un ulcère de l'estomac : il doit en être de même pour les abcès dont nous nous occupons.

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

L'abcès péri-hépatique est consécutif à l'appendicite. Nous avons donc dans une première phase le tableau de l'appendicite; ce sont des phénomènes gastro-intestinaux : violent point douloureux dans la fosse iliaque droite, constipation, vomissements, boudin cæcal, parfois abcès péri-appendiculaire. Généralement, on traite le malade par des moyens médicaux ; dans quelques cas, on intervient chirurgicalement. Il y a ensuite une rémission des phénomènes inflammatoires ; mais le malade est faible, inquiet, agité : ce n'est pas une période franche de convalescence ; de plus, la température, au lieu de descendre à la normale, se maintient entre 38 degrés et 38° 5. L'anorexie est complète. On fait souvent, à ce moment, le diagnostic de fièvre typhoïde. Au bout d'un temps qui varie ordinairement de une à deux semaines, mais qui peut être beaucoup plus long, la température monte au-dessus de 39 degrés ; il y a de la douleur dans tout le côté droit

du corps, notamment dans l'épaule droite. A ce moment, c'est une deuxième phase qui commence.

Dès le début, cette seconde période est tantôt nettement une phase de phénomènes pleurétiques, tantôt une phase de symptômes se rattachant à l'abcès péri-hépatique.

Et ici, nous ne saurions trop insister sur la pleurésie consécutive aux appendicites. Sur les douze premières observations que nous publions en détail, cinq fois (obs. VI à obs. X) on a constaté la pleurésie droite avant de constater l'abcès péri-hépatique, et dans certains cas, l'existence de cette pleurésie droite a permis de faire de bonne heure le diagnostic ferme d'abcès sous-diaphragmatique ; deux fois (obs. XI et obs. XII) on n'a diagnostiqué que la pleurésie purulente, on a fait des ponctions aspiratrices dans les deux cas, mais les malades sont morts dans le marasme, succombant à l'infection causée par leurs collections purulentes péri-hépatiques.

La pleurésie est constatée généralement quinze jours après le début de l'appendicite, c'est-à-dire de sept à douze jours environ après l'apparition de l'abcès péri-appendiculaire. Elle doit assurément se montrer un peu avant, car généralement on n'ausculte pas ces malades, ou bien on ne le fait que lorsqu'ils ont de la dyspnée, de la toux, et alors la pleurésie est souvent déjà ancienne. Pour nous, nous croyons que la pleurésie survient à peu près au même moment que l'abcès péri-hépatique ; mais, comme il est plus facile de constater une pleurésie avec épanchement qu'une collection purulente qui est en train de se former derrière le foie, on doit pouvoir affirmer l'existence de cette pleurésie et soupçonner un abcès sous-diaphrag-

matique avant qu'on puisse le diagnostiquer par ses signes propres.

La pleurésie droite accompagne toujours l'abcès sous-diaphragmatique ; mais, de l'existence d'une pleurésie consécutive à une appendicite, il ne faut pas conclure forcément à la présence d'une collection péri-hépatique : sur 45 cas de pleurésie après appendicite, 31 fois l'inflammation avait passé de l'appendice à la plèvre directement par la voie lymphatique sans amener d'abcès péri-hépatique (Croizat).

On ne peut pas fixer de date bien précise pour l'apparition de l'abcès péri-hépatique, il se montre généralement du dixième au quinzième jour de la maladie, parfois beaucoup plus tard, au bout de vingt-cinq jours (obs. IX). Nous serons très bref sur sa symptomatologie.

Le malade est couché sur le côté sain, souvent assis ou demi-couché, soutenu par une pile d'oreillers. Il se plaint d'un point de côté qui s'étend de l'hypocondre droit à la ligne axillaire, d'une sensation de pesanteur dans la région hépatique, enfin d'une douleur dans l'épaule droite. La souffrance est exagérée par la palpation, la pression, la toux, les mouvements du corps. La région de l'hypocondre droit est tendue, la peau est rouge et luisante. Une voussure soulève en bloc la base droite du thorax ; les espaces intercostaux inférieurs sont élargis, l'obliquité des côtes diminue d'après Guéneau de Mussy. La respiration revêt le type costo-supérieur. Le côté droit du thorax est à peu près immobilisé.

A la palpation, on sent le rebord inférieur du foie qui peut être un peu abaissé, mais légèrement, à cause des adhérences qui le fixent à la paroi thoracique.

Deschamps insiste sur la limite de la matité supérieure de l'abcès, limite dont la concavité serait dirigée en bas ; ce signe est assez difficile à constater lorsqu'il y a en même temps pleurésie et abcès péri-hépatique, car alors les deux matités se confondent. Sur la limite de l'abcès on a noté du frottement péri-hépatique dû à de la péritonite adhésive.

La température se maintient aux environs de 39 degrés avec des rémissions matinales ; elle atteint rarement 40 degrés. Le pouls est petit, peu tendu. La dyspnée est vive. Il y a des sueurs vers le soir, des frissons lorsque le malade fait de la pyohémie. L'anorexie est absolue ; le malade, émacié, reste immobile dans le décubitus dorsal, il dépérit rapidement et ne tarde pas à succomber.

Consécutivement à une appendicite au lieu d'un abcès sous-diaphragmatique, d'un pyothorax sous-phrénique, on peut avoir un abcès sous-diaphragmatique gazeux, un pyo-pneumo-thorax sous-phrénique pour Ledeyn. Ramadan a étudié soigneusement ces sortes d'abcès. La collection gazo-purulente, située dans la cavité abdominale sous le diaphragme refoule celui-ci dans la cavité thoracique, parfois jusqu'à la troisième côte.

Ce muscle ainsi refoulé, en contractant des adhérences très intimes avec la paroi thoracique, met la collection en rapport avec cette même paroi ; et on constate alors à l'examen tous les signes d'un hydro-pneumothorax partiel inférieur : matité en bas, sonorité exagérée tympanique au-dessus, absence de vibrations vocales, respiration amphorique, etc. Les gaz proviennent peut-être un peu du tube digestif, mais surtout de la fermentation ultérieure des produits putrides de l'abcès : ces abcès sont

en effet très septiques ; tous les cas que nous avons constatés se sont terminés par la mort. La dyspnée est très vive : les contractions du diaphragme sont empêchées à la fois par la douleur qu'elles provoquent, et par la gêne que leur oppose la distension gazeuse et liquide. (Voir th. Ramadan.)

Complications. — Nous avons déjà parlé de la pleurésie que Croizat a longuement étudiée.

L'abcès péri hépatique peut s'ouvrir dans les organes voisins ou se faire jour au dehors. Les fistules péri-hépatobronchiques sont assez fréquentes ; les malades peuvent alors vider leur collection purulente par les bronches. Il y a rarement ouverture de l'abcès dans l'estomac, le côlon transverse, le duodénum, etc. La rupture de l'abcès dans le péritoine est très rare ; dans ces cas on a une péritonite aiguë qui se généralise rapidement et entraîne toujours le malade si la laparotomie n'est pas faite à temps. Les fistules cutanées sont exceptionnelles.

CHAPITRE V

Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

I. *Diagnostic.* — Deschamps, Ramadan ont fait le diagnostic de l'abcès péri-hépatique d'avec toutes sortes de maladies, depuis les coliques hépatiques, les affections médullaires, la gastrite aiguë jusqu'à la pleurésie diaphragmatique, la cholécystite suppurée, les kystes bydatiques du foie, le pyo-pneumothorax. Laissant de côté ces questions bien étudiées partout, nous indiquerons quelques symptômes permettant de diagnostiquer l'abcès péri-hépatique à son début, avant qu'il fasse saillie nettement à l'extérieur.

En présence d'un malade qui aura présenté une appendicite avec ou sans abcès péri-appendiculaire, qui aura été ou non opéré et chez lequel les phénomènes locaux du côté de la fosse iliaque auront disparu, mais qui aura conservé de la fièvre avec un état général défectueux, en présence d'un tel malade il faut se méfier, ausculter soigneusement les poumons aux bases, examiner la région de l'hypocondre droit, et, si on constate une pleurésie droite,

redouter un abcès péri-hépatique et se tenir prêt à toute éventualité.

Ainsi, trois points d'importance capitale pour mettre sur la voie du diagnostic : état général mauvais, persistance de la fièvre, enfin apparition d'une pleurésie droite. Souvent on oublie l'appendicite, surtout si elle a passé sans grand fracas, on pense à une fièvre typhoïde, à une granulie, et, quand on fait ces diagnostics, on n'examine pas la région du foie, on laisse l'abcès péri-hépatique évoluer et on ne s'aperçoit que lorsque la collection est considérable, qu'elle a perforé le diaphragme, ou lorsque déjà le malade est en proie à la pyohémie.

On a dit qu'il pouvait exister des collections purulentes sans qu'il y ait de la fièvre. Andrew Clark ¹ fut très étonné de trouver à l'autopsie d'un malade un abcès volumineux dans le lobe gauche du foie, abcès qui avait entraîné la mort, sans qu'on ait pu constater la moindre élévation de température. Reclus ² a ouvert une vaste poche purulente rétro-appendiculaire chez un malade qui n'avait jamais eu de fièvre. Sans mettre en doute la vérité de telles assertions, il nous paraît difficile d'admettre que la résorption des produits putrides d'un abcès n'entraîne pas au moins un léger degré de fièvre, et nous dirons que, dans la presque totalité des cas, l'existence de la fièvre est un symptôme de première valeur.

Donc, nous ne craignons pas de le répéter : chez un malade qui n'a pas un état général excellent, quelques

¹ Andrew Clark, Soc. Royale de méd. et de chir. de Londres, 28 novembre 1892.

² Reclus, Soc. de chir., 15 juin 1892.

jours après la cessation des phénomènes liés à l'appendicite, ne jamais oublier de bien prendre la température, d'ausculter soigneusement les bases et de surveiller attentivement la région de l'hypocondre droit.

II. *Pronostic.* — Le pronostic découle du traitement. Convenablement traités, ces abcès guérissent très bien ; si on n'intervient pas, on laisse dans l'organisme un foyer septique qui l'affaiblit et amène une terminaison fatale. Le pronostic des abcès sous-diaphragmatiques gazeux est très sombre ; sur 21 cas de pyo-pneumothorax sous-phrénique de toutes provenances, Ramadan ne signale qu'un cas de guérison.

III. *Traitement.* — Pour le traitement, rappelons l'opinion de M. le professeur Poncet : « Du moment où il y a un foyer infectieux, quels qu'en soient le siège et la profondeur, alors que par son évolution naturelle, il peut être la cause de complications graves, mortelles, le devoir du chirurgien est tout tracé : il doit agir. »

Il y a un vaste abcès péri-hépatique qui peut entraîner la mort du malade. Il ne faut pas temporiser. Attendre, autrefois était une erreur, aujourd'hui, c'est un crime.

Le traitement est bien simple ; il se résume ainsi : ouvrir une large issue au pus et désinfecter le foyer.

Il ne saurait être question d'une méthode spéciale de traitement : on incise l'abcès là où il pointe ; il faut inciser largement et bien s'assurer que l'on ne laisse pas de foyers secondaires. On fera des lavages pour désinfecter la poche. Conrad Brunner¹ a fait des expériences sur le

¹ Conrad Brünner, Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte, n° 2, p. 63, 15 janvier 1893.

meilleur désinfectant de ces poches purulentes, en partant de ce fait que c'est le coli bacille que l'on rencontre le plus souvent dans les abcès d'origine appendiculaire : Il a constaté l'inefficacité de la solution salée physiologique, de la solution aseptique de Tavel (6 pour 1000 de sel marin + 2 1/2 pour 1000 de carbonate sodique) et en revanche, l'efficacité de la solution salicyliquée à 4 pour 100.

On drainera avec des drains de caoutchouc de 25 à 30 centimètres de longueur : le drainage empêchera l'accolement prématuré des parois de la cavité, accolement qui pourrait avoir pour conséquence la formation de collections enkystées. Si le pus s'écoulait difficilement, on ferait une ou plusieurs contre-ouvertures.

On traitera la pleurésie par les moyens ordinaires, la pleurésie séreuse par la ponction, la pleurésie purulente par l'émoyème.

Dans le cas particulier où l'abcès est en arrière du foie, caché entièrement par les fausses côtes, on est autorisé à employer la méthode de Koerte : résection de côtes, ouverture du sac pleural si les deux feuillets ne sont pas déjà adhérents, et incision du diaphragme. Koerte a employé trois fois cette méthode et trois fois avec succès : une fois, il eut un pneumothorax.

Comme l'indiquent Forgue et Reclus¹ dans le cas où un vaste foyer rétro-hépatique et sus-hépatique ne se cicatrifierait pas assez vite en revenant sur lui-même, on pourrait faire une costectomie pour mobiliser la paroi, comme dans la pleurésie purulente.

¹ Forgue et Reclus, *Thérapeutique chirurgicale*, 1894.

CHAPITRE VI

Observations.

Nous grouperons nos observations en deux catégories :

Première catégorie. — (Obs. I à obs. XXI). Absès péri-hépatiques proprement dits.

Deuxième catégorie. — (Obs. XXII à obs. XXV). Cas de pyo-pneumothorax sous-phrénique.

PREMIÈRE CATÉGORIE

Dans les vingt et un cas de cette première catégorie, nous décrirons d'abord les cas types, où d'après les signes physiques et fonctionnels il a été facile de suivre la marche régulière de la maladie : appendicite, absès péri-appendiculaire, absès péri-hépatique, pleurésie ; ensuite les cas où la pleurésie a apparu avant l'absès sous-diaphragmatique et en a facilité le diagnostic ; enfin, les cas où on n'a pu diagnostiquer que la pleurésie. Ce

n'est là, bien entendu, qu'une division faite pour faciliter la lecture de ces observations.

Les cinq premières observations sont très nettes et donnent une idée précise de l'évolution de la maladie.

OBSERVATION I

(Clinique de M. le professeur Poncet. Siraud, *Gaz. des Hôpit.*,
14 juin 1892.)

Claude C..., dix-neuf ans, chaudronnier, entré à l'Hôtel-Dieu le 20 mars 1892, dans le service de M. le professeur Poncet; il se plaint de douleurs abdominales vives et de vomissements.

Chez lui, l'hérédité morbide est nulle, et la recherche de ses antécédents pathologiques personnels est négative. De constitution assez robuste, il exerce depuis trois ans la profession de charbonnier et a été indemne de toute intoxication par le plomb et le cuivre.

Il a contracté, en octobre 1891, une blennorrhagie dont il est imparfaitement guéri.

Le 19 mars, ce jeune homme, dont la santé était parfaite (il n'avait eu aucun trouble gastro-intestinal antérieur), était occupé à charger de la terre, quand il éprouva subitement, dans un moment de repos, une douleur aiguë, pongitive, née dans la fosse iliaque interne droite.

Rapidement, la douleur s'étendit à la totalité du ventre, sous la forme de coliques intenses qui forçaient le malade à se rouler à terre. Ramené chez lui, il eut un vomissement aqueux, glaireux, peu abondant, 1 heure et demie après le début des crises douloureuses. Un état nauséux persista jusqu'au matin du 20 mars, et des efforts de vomissements pendant la nuit demeurèrent sans résultat. La nuit du 19 au 20 il n'éprouva, d'ailleurs, aucun repos, et les douleurs persistèrent, bien qu'elles se fussent atténuées.

Examiné quelques minutes après son entrée (dix-huit heures

après le début des accidents), le malade présente un facies jaune pâle, ses traits sont tirés, sa respiration courte, superficielle; il est en proie à une dyspnée assez vive, le pouls radial est mou, précipité, la langue rouge et sèche. Le ventre est à peine ballonné, parois abdominales tendues, partout sonorité uniforme. La palpation, douloureuse, ne révèle ni empatement, ni induration dans la fosse iliaque droite où pourtant la pression est particulièrement douloureuse. La douleur spontanée y est d'ailleurs plus vive dans les quintes de toux, dans l'effort, dans la marche.

Aux anneaux inguino-cruraux, l'exploration ne révèle aucune tumeur solide ou gazeuse appréciable; il n'existe rien d'anormal du côté des autres organes. Les selles sont supprimées depuis avant-hier, la diurèse est normale. La température rectale atteint 38°9.

Insomnie dans la nuit du 20 au 21 mars; persistance de l'état nauséux (toujours pas de vomissements), et de douleurs abdominales diffuses, lancinantes; le ballonnement du ventre est plus accusé. Température 38°6.

M. le professeur Poncet décide l'intervention chirurgicale, injection de morphine et anesthésie au chloroforme.

Opération. — Laparotomie iliaque droite, rien d'anormal du côté de la peau et des plans musculo-aponévrotiques, après l'incision du péritoine, le cæcum apparaît énormément distendu, rouge et couvert de fines membranes fibrineuses; l'appendice attiré au dehors est entouré d'une nappe purulente qui paraît s'étendre au péritoine. Réséqué entre deux ligatures, l'appendice rouge, turgide, simule un petit pénis en érection; il est gorgé de matières fécales liquides et dans son cul-de-sac inférieur on trouve une fibre filiforme, longue de 1 centimètre que l'examen histologique démontre être un poil. En aucun point on ne trouve sur l'appendice d'ulcération ou de perforation. Le bout supérieur appendiculaire est fermé par deux sutures semi-circulaires, et fixé à la peau. Les anses intestinales voisines sont un peu rouges, mais ne présentent pas de fausses membranes. On fait à l'eau boricuée un lavage de la plaie, des sutures profondes (catgut) et superficielles (fil métallique) réunissent les lèvres de la plaie; drainage au moyen d'un drain

en os décalcifié. Pansement antiseptique. Le soir de l'opération, ballonnement abdominal plus accusé. À quatre reprises, vomissements aqueux, filants, verdâtres.

La face est rouge, il persiste de la dyspnée, le pouls rapide et petit atteint 120 à la minute. Température : 38°9. Traitement : opium, glace, champagne,

Le 22 mars, après une nuit d'insomnie troublée encore par deux ou trois vomissements, l'état général semble un peu meilleur, la dyspnée a diminué, le pouls est à 90. Température du soir 38°2. Néanmoins, le météorisme augmente, les douleurs abdominales sont modérées, bien que le malade se plaigne parfois d'un point épigastrique.

24 mars — Pansement. La plaie opératoire a bonne apparence, on retire les fils métalliques superficiels ; sous l'influence d'un lavement purgatif, le ballonnement abdominal et la sensation de tension disparaissent en grande partie. Température soir, 39 degrés.

27 mars. — Amélioration générale locale, chute de la température à 37°8 (minimum) et 38°2 (maximum) ; l'appétit est revenu. Plus de ballonnement, plus de douleurs abdominales. Pansement.

1^{er} avril. — Depuis deux jours, le malade paraît inquiet, agité ; la température s'est élevée (39 degrés matin et soir). Il se plaint d'un point douloureux siégeant au niveau de l'épigastre, un peu à droite, vers la ligne médiane, immédiatement au niveau des fausses côtes. Vers cette région existe une sorte de tuméfaction des parties molles, qui, palpées, donnent une sensation d'empâtement profond. Le soir, la douleur locale devient intolérable, pongitive, extrêmement aiguë ; la dyspnée réapparaît, en même temps que le pouls radial se précipite et diminue d'ampleur. Des vomissements verdâtres se produisent à trois reprises. Injections de morphine, glace, champagne.

2 avril. — Persistance du même état général. La tuméfaction locale est en saillie sur les parties périphériques, elle est mate à la percussion et nettement fluctuante. Ballonnement abdominal peu marqué.

Anesthésie à l'éther ; incision verticale de 6 centimètres environ au niveau de la tumeur. Les parties molles superficielles apparaissent infiltrées, comme oedématisées : par une boutonnière faite au péritoine jaillit un liquide purulent, grisâtre, extrêmement fétide, à odeur mixte de matières fécales et de graisse en décomposition. La quantité peut être évaluée à 1 litre. Il provient d'une grande poche enkystée (brides péritonéales perçues au doigt s'enfonçant sous le diaphragme, immédiatement au-dessus de la face convexe du foie dont la superficie est recouverte de fausses membranes.

Grand lavage à l'eau boriquée de cette poche purulente. Drainage. Pansement (à noter que les lèvres de la plaie iliaque ont été distendues par le ballonnement abdominal ; elles sont recouvertes d'enduit grisâtre et purulent). Le soir, cessation de la douleur, dyspnée, sueurs abondantes, pouls filiforme, pas de vomissements. Température 39 degrés. Glace, champagne, caféine.

5 avril. — Après une amélioration de quelques heures et la disparition des symptômes précédents, le malade se plaint d'un point sous-mamelonnaire droit ; la dyspnée réapparaît. Température : 39°2. L'auscultation du poumon révèle l'existence d'un souffle doux, de l'égophonie à la réunion du tiers inférieur et du tiers moyen du poumon. A la base, silence respiratoire. Empyème d'urgence au niveau du septième espace intercostal ; par la plaie s'écoule un peu de sang noirâtre provenant du cul-de-sac pleural. Pansement, après tamponnement de l'ouverture à la gaze iodoformée.

8 avril. — Chute de la température à 37°9 (soir). Amélioration notable ; plus de dyspnée, plus de douleurs. L'état des plaies est bon, le drainage existe toujours au niveau de la poche purulente sus-hépatique. Un peu de pus s'écoule au niveau de l'ouverture thoracique. Cicatrisation de l'incision primitive iliaque.

15 avril. — Les pansements ont été renouvelés régulièrement tous les deux jours. L'écoulement purulent par l'ouverture épigastrique est à peu près tari. L'état général s'améliore, l'appétit est revenu. Néanmoins, depuis trois jours, la température atteint le soir 38°8 et 39 degrés.

Depuis ce jour, en dépit d'oscillations intermittentes de la tem-

pérature entre 37°5 et 39 degrés, le malade va de mieux en mieux.

La guérison est définitive à la fin de mai, époque à laquelle le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION II

(Terrillon. Soc. de chir., séance du 8 juin 1892. *In th.* Croizat.)

X. dix-sept ans, atteint d'une inflammation de la fosse iliaque droite.

Terrillon, appelé auprès de lui au mois de mai 1891, constate les phénomènes suivants :

Ventre ballonné et douloureux. On sent du côté droit, au-dessus de la crête iliaque et descendant jusque vers les fausses côtes, une tuméfaction profonde, douloureuse, mal limitée, avec sonorité superficielle.

Diagnostic : abcès profond, car la température reste à 39°5, depuis six jours que l'affection a débuté. Opération décidée.

Opération le 18 mai. Après anesthésie au chloroforme, on perçoit nettement la tuméfaction profonde.

Incision en dedans et au-dessus de la crête iliaque. Au-dessous de l'aponévrose, on rencontre le cæcum adhérent à la paroi. Son bord externe est détaché avec soin, et aussitôt un flot de pus s'échappe au dehors avec violence. L'abcès occupait la fosse iliaque derrière le cæcum et remontait assez haut du côté du rein, et derrière le foie.

On ne recherche pas l'appendice. Lavage abondant avec de l'eau salée. Un gros drain, entouré de gaze iodoformée, est introduit dans la cavité.

Le lendemain, on enlève le pansement. Température, 39°5. Pouls plus fréquent qu'avant l'opération. Etat général très grave. Pansement renouvelé. Lavage abondant au sublimé de la cavité purulente.

Le 21 mai, deux jours après, état stationnaire, mais respiration

courte et rapide, pleurésie droite très étendue, survenue sans douleur, sans point de côté.

Ponction exploratrice : c'est une pleurésie purulente. Empyème séance tenante.

Evacuation du pus. La fièvre, les symptômes généraux disparaissent.

Un mois après, le malade était complètement guéri.

OBSERVATION III

Wolbrecht, Berlin, 1891. *In th.* Croizat.

Robert Sch..., ouvrier sur ivoire, vingt-quatre ans, entre à l'hôpital le 30 octobre 1889.

Bonne santé antérieure.

Le 29 octobre, début de la pérityphlite avec péritonite circonscrite. Empâtement et matité dans la fosse iliaque droite. Léger œdème des parois abdominales.

Le 1^{er} novembre, vomissements de matières brunes, verdâtres, d'une odeur fade et nauséabonde, qui persistent jusqu'au 5 novembre; à partir de ce moment, le malade ne se plaint plus de sa pérityphlite.

Le 7 novembre, dixième jour de la maladie, collection liquide au-dessus du foie et qui s'étend en arrière jusqu'au niveau de la sixième vertèbre dorsale.

Le lendemain, œdème intense dans la région sacrée.

Le 14 novembre. ponction exploratrice : on a retiré un liquide trouble, purulent, mêlé de sang. Le 20 novembre, le malade a de violentes quintes de toux ; crachats muco-purulents d'odeur fade.

Le 23 novembre, les crachats augmentent et ont une odeur fécaloïde ; toux intense.

Le 24 novembre, pyopneumothorax. On envoie le malade en chirurgie pour pratiquer l'opération de l'empyème.

Le 26 novembre, avant toute intervention, le pus fuse dans le poumon et la pleurésie se termine par vomique.

Convalescence longue. Le malade quitte la clinique le 24 février

1890, quatre mois après le début des accidents, complètement guéri.

OBSERVATION IV

Jalaguier. Société de chirurgie. Séance du 9 mars 1892.

Garçon de douze ans, malade depuis une quinzaine de jours. Etat général typhoïde et pneumonie double. De plus, matité à la base de la plèvre droite : une ponction aspiratrice révèle la présence d'un épanchement purulent. Sevestre porte le diagnostic de suppuration iliaque et lombaire avec pleurésie purulente.

On montre en ce moment le malade à Jalaguier qui pense plutôt à un abcès appendiculaire propagé dans la cavité thoracique. L'état est lamentable, l'opération est faite immédiatement.

Une incision lombaire ouvre un vaste foyer contenant du pus, des matières fécales, des gaz et des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé.

A l'aide du doigt introduit dans la cavité, on sent nettement qu'il y a eu perforation du diaphragme et formation d'un foyer extrapleurale et sus-diaphragmatique. On ne trouve pas l'appendice. Le petit malade se remet très vite.

OBSERVATION V

Porter, *N.-York méd. jour.*, p. 88, 25 janvier 1890.

Femme de quarante-deux ans, atteinte, vers le 5 août 1889, d'une diarrhée qui dure huit jours et cède sous l'influence du traitement. Elle est ensuite constipée et éprouve brusquement, au milieu de la nuit, une douleur vive au niveau de la région iliaque droite. Après avoir souffert huit jours, sans garder le lit, elle entre à l'hôpital.

On constate une tumeur qui dépend évidemment du cæcum et du côlon ascendant ; on admet une pérityphlite abcédée. Il y a en outre de la matité à la base droite du thorax. La température oscille entre 38°3 et 39°5. le pouls entre 80 et 100.

Le 13 septembre, après une ponction exploratrice, on incise le onzième espace intercostal droit et on voit s'écouler du pus d'un abcès qui paraît être sous-diaphragmatique. Drainage.

Les jours suivants, la malade continue à avoir de la fièvre, à délirer ; la bouche reste sèche. Mort le 1^{er} octobre.

Autopsie. — L'appendice vermiforme se trouve en arrière du cæcum ; il est sphacélé à son extrémité et perforé, et s'ouvre dans un abcès paratyphlitique qui se continue en arrière du côlon ascendant ; cet abcès a été primitivement extra-péritonéal. Un autre abcès existe entre le foie et le diaphragme communiquant avec trois abcès intra-hépatiques. Ces abcès multiples ont eu pour point de départ une appendicite. Pas de corps étrangers.

Dans les cinq observations qui suivent, la marche de l'affection a été régulière ; mais, la pleurésie droite s'est manifestée avant l'abcès sous-diaphragmatique qu'elle a permis de diagnostiquer de bonne heure.

OBSERVATION VI (personnelle):

Clinique de M. le professeur Poncet.

Berthe D..., quinze ans, ouvrière. Santé délicate. Scoliose droite : bosse très proéminente. Constipation rebelle.

Dans la nuit du 13 au 14 janvier 1894, douleur subite dans la fosse iliaque droite, « comme un coup de fusil » prétend la malade. Inappétence. Constipation. Vomissements. Douleurs vives dans la fosse iliaque droite. M. le D^r Lacroix qui voit la malade à ce moment, diagnostique une appendicite.

Le 15 janvier, la malade entre à l'Hôtel-Dieu, dans la salle des Premières-Femmes, service de M. le D^r Drivon. Elle y reste douze jours avec de la fièvre (38 à 38°,5), de l'inappétence, de la constipation ; empâtement de la fosse iliaque droite ; douleurs continues à ce niveau. On l'évacue en chirurgie.

Le 27 janvier, à son entrée à la clinique de M. le professeur Poncet, où nous voyons la malade, M. le professeur agrégé Jaboulay diagnostique un abcès iliaque péri-appendiculaire : il fait l'incision de Roux, lave et draine l'abcès.

Les jours suivants, la malade paraît un peu soulagée; mais elle reprend bientôt de la température (39°,5 à 40 degrés). La plaie iliaque est cependant en bonne voie : on ne trouve pas de signes physiques de l'existence d'un foyer purulent. On songe à une granulie. La malade continue à dépérir, lorsque vers le milieu de février, en l'examinant on constate une pleurésie droite.

Une première ponction retire un liquide séreux, une deuxième ponction faite à quelques jours de distance ne ramène plus de liquide. La malade a été soulagée pendant quelques heures après la première ponction. Mais l'état général reste mauvais et la température monte jusqu'à 40°,5.

Dans les premiers jours de mars, on constate une voussure du côté de l'hypocondre droit, un peu d'œdème de la peau. M. le Dr Curtillet, chef de clinique, diagnostique un abcès péri-hépatique et sous-diaphragmatique. La voussure augmente très rapidement, l'état général est très grave.

Le 4 mars, M. le professeur agrégé Jaboulay fait une incision dans la paroi abdominale au-dessous des fausses côtes, là où pointait l'abcès : il sort environ 2 litres de pus très fétide, de couleur marron.

Le soir même, chute brusque de la température à 37°,9.

La malade entre rapidement en convalescence et le 12 mars, elle sort à peu près guérie. Nous l'avons revue ces jours-ci : elle se porte très bien et ne ressent aucune douleur du côté droit de l'abdomen ou du thorax.

OBSERVATION VII

(Dr Mignon, professeur agrégé au Val-de-Grâce,
thèse de Croizat.)

Q..., soldat de deuxième classe. Vingt-sept mois de service. Cultivateur avant son incorporation. De constitution robuste.

Pendant huit jours, excès de nourriture et de boisson. Dans la nuit du 8 au 9 février 1891, douleur subite dans la fosse iliaque droite « comme un coup de canon » dit le malade.

Le lendemain, il essaie de faire son service, mais, vers 10 heures du matin, vomissements. Pas de selle. Pas de gaz par l'anus. Miction difficile et urines foncées. Douleurs vives dans la fosse iliaque droite.

Le 10 février, au soir, il entre à l'hôpital Desgenettes. Température : 39°4.

Le 11 février, douleur dans la fosse iliaque et depuis l'arcade de Fallope jusqu'aux fausses côtes. Soif ardente. Inappétence. Constipation. Vomissements porracés. Hoquets fréquents : Température : 37°6. Pouls, 90.

Diagnostic. — Perforation de l'appendice iléo-cæcal. Péritonite localisée à la fosse iliaque avec un peu de retentissement sur le reste de la séreuse abdominale.

Traitement. — Opium. Champagne glacé.

Le 12 février, insomnie, vomissements verdâtres pendant la nuit. La douleur a augmenté d'intensité. Empâtement de la région cæcale. Pas de selle. Pas de gaz rendus par l'anus. État général aggravé. Abattement plus grand. On décide l'opération.

Opération Roux-Reclus, laparatomie latérale : 7 centimètres au-dessous et au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Derrière le cæcum, poche contenant 50 à 60 grammes de liquide séro-purulent à odeur fétide. Incision large, lavage au sublimé, drainage avec gaze iodoformée. Le doigt introduit dans la cavité ne révèle aucun diverticulum. L'appendice iléo-cæcal n'est pas aperçu. Thé, champagne glacé.

Le 13 février, l'amélioration commence : les douleurs diminuent, l'état général se relève; le pouls est plus plein (88). Les vomissements persistent; mais, au lieu d'être porracés, ils sont alimentaires, constitués par les boissons ingérées.

14 février. — Plus de vomissements. Le malade mange deux œufs sans pain. Il rend quelques gaz. Température : 37°2.

Pouls : 74. La douleur n'est plus spontanée. Elle n'existe que dans les mouvements ou les quintes de toux.

15 février. — 20 grammes huile de ricin, débâcle (sept selles diarrhéiques) Excellente journée : pas de douleurs, appétit, urines abondantes et claires, langue humide et moins épaisse. Température : 37 degrés. Toux, râles humides.

16 février. — Le mieux persiste. Température : 38°5 à 38 degrés. Pouls : 76.

17 février. — Le pansement est refait. Excellent aspect de la plaie.

18 février. — La température monte brusquement à 39°3. Sommeil agité. Comme il y a de nombreux râles dans la poitrine, on attribue à la bronchite cette élévation de température.

Du 19 au 24 février. — État peu satisfaisant, mais stationnaire.

24 février. — Vomissements jaunâtres. Température : 40°4. Pouls : 104. Épanchement pleurétique à droite. On refait le pansement : la plaie a bon aspect.

25 février. — Insomnie. Soif ardente. Pouls petit, filiforme : 108. Température : 39°3. Malade abattu. Pansement traversé par du pus d'odeur fécaloïde.

26 février. — Depuis la plaie jusqu'au rebord du foie, la moindre pression arrache des cris au malade. La douleur s'irradie jusque dans l'épaule droite. Dyspnée violente.

Croyant à un abcès péricolique, on fait deux ponctions en deux endroits différents avec la seringue de Strauss. Pas d'intervention à cause de l'abattement du malade et de l'incertitude de la localisation nouvelle de la suppuration.

Pas de vomissements. Pas de hoquets. Pas de météorisme, facies grippé. Pouls petit : 116.

27 février. — Souffrances excessives. Dyspnée. Respiration, 60 ; Vomissements porracés. Deux selles dans la nuit. Pouls filiforme. Facies grippé.

La dyspnée augmente et le malade meurt le soir dans l'asphyxie.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, signes de péritonite purulente généralisée : accolement des deux feuillets de la séreuse et des anses intestinales par un épanchement fibrino-purulent

verdâtre qui remonte jusqu'au diaphragme et recouvre la face convexe du foie. Pas de pus dans la fosse iliaque droite, ni dans la région périnéphrétique correspondante.

L'appendice iléo-cæcal, long de 5 centimètres, est fixé sur la face interne du cæcum. Il présente en avant une petite ulcération de la grandeur d'une tête d'épingle, entourée d'un chémosis rougeâtre. La cavité contient des matières dures, qu'on ne peut faire passer dans le cæcum.

Petit bassin rempli d'un pus séreux, jaune, fétide. Parois noires, recouvertes de tissu cellulaire sphacélé.

Foie : 2 kg. 200, gras, sans abcès. Reins normaux, vessie saine. Epanchement séreux pleural droit, de 1 litre.

Poumon gauche œdématié. Cœur normal.

OBSERVATION VIII

(In thèse de Croizat.)

M..., trente-deux ans, manœuvre dans une usine métallurgique. Pas d'affection antérieure grave. Très bonne constitution.

Le 1^{er} septembre 1891, sans cause apparente, brusquement, le malade est pris de douleurs abdominales vives, généralisées, mais avec un maximum au niveau de la fosse iliaque droite ; empatement à ce niveau, météorisme dans le reste de l'abdomen.

Vomissements jaunâtres à plusieurs reprises. Constipation opiniâtre. Pas d'hypertrophie de la rate ni du foie. Aucun symptôme thoracique. Facies grippé, anxieux. Température rectale : 39°5. Sulfate de quinine, glace. Pendant huit jours, la température oscille entre 39 et 40 degrés ; mais les douleurs et les vomissements diminuent d'intensité. Compresses glacées en permanence au niveau de la région douloureuse.

Le 10 septembre, alors que l'état général paraissait bien amélioré, violent point de côté au-dessous du sein droit. Le lendemain on constate les signes d'une pleurésie droite. Température oscillant autour de 39 degrés. Etat général stationnaire.

Entrée du malade à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Elisabeth, n° 42)

le 13 septembre. Empatement diffus dans la fosse iliaque droite. Point de côté à droite, dyspnée intense. Etat général mauvais. Malade pâle, cachectique. Le foie paraît volumineux. Râles sous-crépitaux fins, mêlés de quelques frottements à la base droite. Pas de souffle de pleurésie. La matité remonte à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du foie.

Les jours suivants, l'état reste stationnaire ; la température oscille comme dans la fièvre hectique, ce qui fait supposer la présence d'un foyer purulent dans la fosse iliaque droite.

Mort le 23 septembre. Mais, dans les deux derniers jours, la matité avait considérablement augmenté à la base droite, et cependant la dyspnée avait plutôt diminué. Le malade éprouvait une rémission notable et se trouvait beaucoup mieux.

Autopsie, le 24 septembre. — Les anses de l'intestin grêle sont agglutinées dans la région cæcale et adhèrent au côlon ; il est même assez difficile de les détacher les unes des autres. On trouve au milieu des adhérences deux petits foyers purulents, isolés, du volume d'une noisette.

L'appendice est agglutiné avec le reste des intestins. Il ne présente pas de perforation. Le gros intestin était gris ardoisé.

Les intestins étaient également difficiles à détacher de la face inférieure du foie. Celui-ci était notablement augmenté de volume.

Toute sa face convexe et sa face postérieure étaient recouvertes d'une épaisse couche de pus renfermé dans une sorte de poche qui pouvait en contenir de 300 à 400 grammes. Il y avait également de nombreuses fausses membranes sur le foie et la face inférieure du diaphragme. A l'ouverture du thorax, on constate qu'il existe une pleurésie purulente, occupant surtout la face supérieure du diaphragme et remontant un peu le long de la plèvre costale.

Le pus contenu dans la plèvre peut être évalué à trois quarts de litre environ. Il est constitué par un liquide louche, mais beaucoup plus fluide et plus clair que le pus de la face convexe du foie. A son contact, le poumon présentait des signes très marqués de broncho-pneumonie. Emphysème généralisé. Congestion de la base gauche. Rien aux autres organes.

OBSERVATION IX

(Wolbrecht, Berlin, 1891, *in th.* Croizat.)

Hugo R..., vingt-quatre ans, menuisier, entre dans la clinique du professeur Gerhardt, le 9 octobre 1889.

Pas de maladies antérieures.

Le 5 octobre, malade d'une pérityphlite. Le 6 octobre, symptômes d'une pleurésie droite. Le 9 octobre, collection liquide au-dessus du foie, probablement sous le diaphragme.

Le 11 octobre, dyspnée violente; douleur au niveau du foie, zone de matité au-dessus du diaphragme; œdème de la paroi thoracique.

Les jours suivants l'œdème diminue, mais la zone de matité augmente.

Dans la nuit du 14 octobre, transpiration abondante.

Le 15 octobre, crachats sanguinolents; vibrations thoraciques abolies complètement à droite; quelques phénomènes pleurétiques à gauche. Epanchement droit remontant jusqu'à la cinquième côte.

Le 17 octobre, ponction exploratrice; on retire un liquide purulent d'une odeur nauséabonde. Le 18 octobre, opération de l'empyème, après chloroformisation du malade; on vide la plèvre droite qui contenait environ 2 litres 1/2 d'un pus fétide.

A partir de ce jour le malade va mieux. Plus de traces de pérityphlite.

Le 1^{er} novembre, subitement, frissons. Le lendemain, à la visite on constate une perforation du diaphragme faisant communiquer la cavité pleurale avec un abcès sous-diaphragmatique. Lavages d'abord quotidiens, puis hebdomadaires. La cavité se referme peu à peu.

Le 26 novembre, le malade peut se lever et le 30 novembre, il sort de la clinique complètement guéri.

OBSERVATION X

A. Frœnkel (Berlin. kl. Woch., n° 11, 16 mars 1891).

Un homme de vingt-neuf ans est admis avec les symptômes d'une perforation de l'appendice vermiforme, compliquée d'épanchement dans la fosse iliaque droite. Il était malade depuis une quinzaine de jours et avait été traité par la glace et l'opium. Fièvre assez vive. Un jour apparition de matité thoracique r montant jusqu'à l'omoplate et de souffle. Quelques jours plus tard, disparition de la tumeur iliaque et modification des signes thoraciques, la matité disparaît à la base et remonte jusqu'à l'épine scapulaire. On diagnostique un abcès rétropéritonéal sous-diaphragmatique. Une ponction exploratrice dans le dixième espace intercostal fournit du pus fécaloïde.

Opération de l'abcès rétropéritonéal, extraction d'un coprolithe. Néanmoins le pus perfore le diaphragme, produisant un empyème putride, après l'opération duquel le malade guérit.

Les deux observations suivantes présentent le plus haut intérêt : dans ces deux cas, on a porté le diagnostic du pleurésie purulente, et on n'a pas soupçonné l'abcès sous-diaphragmatique. Les malades n'ont pas été opérés, et ils sont morts d'épuisement, de consommation, l'un au bout d'un mois et demi, l'autre au bout de quelques jours.

OBSERVATION XI

F. Grawitz (Berlin. klin. Woch., n° 37, 12 août 1889).

Femme de trente-sept ans, prise brusquement, au milieu de mai, après trois jours de constipation, de fièvre, vomissements et douleurs dans le flanc droit. Ensuite sont apparues de la toux et de la gêne respiratoire.

A l'entrée à l'hôpital, le 31 mai, obnubilation intellectuelle, aucune plainte, respiration accélérée superficielle; par instant, toux avec crachats blancs, mousseux. Pouls très fréquent de 120 à 140, petit. Langue sèche, brune. Vomissements répétés, surtout bilieux, éructations et nausées. Selles abondantes. 39 degrés.

Les jours suivants, matité à la base du poumon droit en arrière. Des thoracentèses multiples donnent issue à un liquide séro-sanguinolent, on n'en fait plus dans les derniers jours de la vie. Abdomen météorisé uniformément, non douloureux à la pression. Dans la région iléo-cæcale, matité obscure et gargouillements.

Epuisement progressif, sans nouveaux symptômes, et mort le 19 juin.

Autopsie. — Dans le bassin, petite quantité de pus mêlée de matières fécales. Au niveau de la fosse iliaque droite, anses intestinales soudées entre elles.

Appendice vermiforme transformé en un sac anfractueux ulcéré et présentant une perforation qui verse son contenu dans la cavité péritonéale. Juste à l'entrée, l'appendice contient un coprolithe stratifié gros comme un haricot. La partie correspondante du cæcum est soudée à l'iléon. et l'un et l'autre intestin sont couverts de pus gangréneux par place, et communiquent librement par des perforations multiples cratériformes, à base du côté de la séreuse; ces perforations ont les dimensions de pièces de dix pfennigs.

Communiquant aussi avec l'intestin, se trouvait dans l'espace rétropéritonéal, une cavité anfractueuse qui commençait à l'appendice vermiforme, occupait toute la fosse iliaque et remontait en arrière du duodénum. Les parois de cette cavité sont gris verdâtre, ulcérées et constituées par du tissu conjonctif infiltré; elles contiennent des matières fécales fluides. La parois postérieure et la portion horizontale du duodénum offre trois perforations grosses comme des haricots, à bords gangrénés, qui font communiquer cet intestin avec le foyer rétropéritonéal.

Celui-ci arrivé au niveau de la neuvième ou de la dixième côte, pénètre dans la partie postérieure de la moitié droite du diaphragme, s'y creuse un trajet de 4 centimètres sur 15 de long;

perfore le muscle au sommet de sa convexité, et débouche ainsi dans la cavité pleurale droite par un orifice à bords déchiquetés, grand comme une pièce de dix pfennigs.

La cavité pleurale droite renferme un demi-litre de pus fécaloïde, couleur purée de pois.

Périnéphrite et néphrite parenchymateuse hémorragique du côté droit. Pas de péritonite généralisée.

OBSERVATION XII

A Baginsky (*Berlin. klin. Wochens.* n° 48, 28 novembre 1892).

Jeune garçon de sept ans et demi, offrant depuis quelques jours des troubles morbides peu caractéristiques. Baginsky constate seulement un épanchement pleural droit dont il extrait un demi-litre de pus très fétide. Après une amélioration momentanée, surviennent du ténesme et une diarrhée muco-sanguinolente. Mort par épuisement.

Autopsie. — Adhérences du côlon ascendant avec la partie postérieure du foie, une anse d'intestin grêle et la paroi abdominale ; à l'intérieur de ces adhérences, foyer de pus verdâtre, enkysté. Ce foyer se continue en haut par une trainée purulente qui, en passant à la face supérieure du foie, arrive sous le diaphragme et le perfore dans une étendue d'au moins 1 centimètre. Cette perforation établit une large communication avec la cavité pleurale. Soudure de la base des poumons au diaphragme et de celui-ci au foie.

L'appendice vermiforme est enveloppé dans une masse purulente, onctueuse et adhère au grand épiploon, ainsi qu'à la paroi abdominale. Il présente une petite ulcération à bords irréguliers, remplie par un coprolithe mou, de la grosseur d'un pois. Tuméfaction intense de toute la muqueuse du côlon et surtout de ses follicules.

Nous rapportons maintenant, sans ordre, le résumé des

observations anciennes ou récentes que nous avons pu trouver dans la science.

OBSERVATION XIII. — Berzélius, 1875. Pérityphlite avec abcès sous-diaphragmatique. Perforation du diaphragme, pleurésie double, compliquée de péricardite.

OBSERVATION XIV. — *In* thèse de Paulier. Paris, 1875. Obs. X. — Appendicite dans les derniers jours d'octobre. Le 2 novembre le foie paraît douloureux ; fièvre continue. Etat général alarmant. Mort le 4 novembre. — A l'autopsie, pleurésie sèche de la base droite. Perforation de l'appendice iléo-cæcal, petit abcès stercoral dans le tissu cellulaire périnéal, péritonite enkystée sous-diaphragmatique.

OBSERVATION XV. — Wickham Legg. *Saint-Bartholomew's hosp. Reports*, thèse XI, p. 85, 1875. — Ulcération de l'appendice vermiforme par une épingle à cheveux chez un enfant de cinq ans. Nombreuses collections purulentes au milieu (?) du parenchyme hépatique, au-dessous du diaphragme, dans le petit bassin, la fosse iliaque.

OBSERVATION XVI. — Larsen et Winge. — Appendicite. Une semaine après, vives douleurs [dans l'hypocondre droit, épanchement purulent dans la plèvre droite et accès de dyspnée. Mort huit jours après. — Autopsie : Appendice perforé. Vaste abcès remontant derrière le foie. Diaphragme perforé en deux endroits.

OBSERVATION XVII. — Taylor, *Path. Transv.* XIX, p. 257. Obs. II. — Ulcération de l'appendice, avec abcès multiples, dans la fosse iliaque gauche, la cavité recto-vésicale, dans la région sous-hépatique, autour de la courbure du côlon ascendant et de la vésicule biliaire, enfin abcès sous-diaphragmatique.

OBSERVATION XVIII. — Poetsch, *Berlin. klin. Woch.*, p. 605,

10 décembre 1881. Perforation de l'appendice. Collection purulente entre le foie et le diaphragme s'accompagnant de vomique, et qui, traitée chirurgicalement, guérit au bout de quinze jours.

OBSERVATION XIX. — Jaffé, *Deutsch. med. Woch.*, n° 16, 1881. — Homme de trente ans. Appendicite. Quatre semaines après abcès sus-hépatique, perforation du diaphragme et pénétration du pus dans la plèvre droite. Incision de l'abcès péri-hépatique ; deux jours après empyème ; mort sept jours après. — A l'autopsie, perforation de l'appendice, abcès péricæcal ; au-dessus du foie, vaste cavité pouvant contenir une tête d'enfant et ne communiquant pas avec l'abcès péricæcal.

OBSERVATION XX. — Roux, *Revue de la Suisse romande*, 1891-1892. — Femme de trente ans. Appendicite et abcès iliaque. Incision des parois abdominales. Amélioration incomplète. L'opérée garde un hoquet opiniâtre, des vomissements, de la fièvre. On dut inciser deux collections, dont l'une pleurale.

OBSERVATION XXI. — Salzwedel, *Berlin. klin. Woch.*, 4 mai 1891. — Appendicite. Abcès ayant fusé sous le diaphragme ; rupture dans les voies respiratoires, expectoration fécaloïde et guérison parfaite.

Scheurlen¹ mentionne cinq cas d'abcès sous-diaphragmatiques dus à des appendicites ulcéreuses ; il y avait toujours des pleurésies droites concomitantes. Kœrte² a vu également cinq abcès sus-hépathiques, suite de pérityphlite ; dans tous les cas, il y avait eu perforation du

¹ Scheurlen, *Charité Annalen*, p. 159, 1889.

² W. Kœrte, *Ueber chirurgische Behandlung der Perityphlitis*, 1891.

diaphragme et pleurésie purulente : cinq interventions lui donnèrent cinq succès.

DEUXIÈME CATÉGORIE

Nous arrivons maintenant aux cas de pyo-pneumothorax sous-phrénique ; nous n'avons pu en réunir que quatre cas : deux nous ont été fournis par M. le D^r Colrat.

OBSERVATION XXII (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le D^r Colrat.)

Un enfant d'une dizaine d'années est amené à la Charité. Il est malade depuis quinze jours : début par de la fièvre, des vomissements et une vive douleur abdominale, le ventre se tuméfie petit à petit, et le malade entre avec un ventre assez volumineux, mais présentant une véritable tumeur au creux épigastrique. Cette tumeur est tympanique. En même temps à la base droite on trouve de l'égophonie, de l'abolition des vibrations thoraciques, de la matité ; mais au-dessous de la matité, il y a une résonnance amphorique et on perçoit le bruit d'airain en percutant avec des pièces de monnaie au niveau de la tumeur épigastrique et en appliquant l'oreille à la base de la poitrine.

La thoracentèse donne issue à du pus d'une fétidité repoussante. Le lendemain, en présence du résultat de la ponction et de la gravité de la maladie, M. le D^r Vallas pratique l'empyème : il fait une incision sur les dernières côtes, perfore le diaphragme. Il sort une grande quantité de liquide et de gaz, la pression étant considérable. Drainage.

La fièvre tombe un peu ; mais, les jours suivants, la plaie cutanée s'enflamme et il se développe de l'emphysème sous-cutané tout autour. M. le D^r Levrat qui a repris le service fait des raies de feu avec le thermocautère.

Le petit malade va mieux, mais il prend quelques jours après des accès de fièvre, des frissons, le pouls est extrêmement rapide et la mort survient environ vingt jours après la dernière intervention.

Autopsie. — L'appendice contient un calcul stercoral. Il est adhérent par son extrémité libre à la paroi abdominale, mais son adhérence se fait au niveau du foie, c'est-à-dire qu'il remonte du cæcum vers la région hépatique.

L'abcès, occupant toute la région périhépatique est tout à fait vidé.

On trouve un peu de liquide séreux dans la plèvre, dont l'ouverture faite lors de l'opération est cicatrisée.

Dans le cœur, caillots kystiques à contenu puriforme.

On a pratiqué chez ce petit malade la ponction au niveau du neuvième ou dixième espace intercostal, car on ne savait pas au juste, si le liquide et le gaz étaient contenus dans le péritoine ou la plèvre, ou si ces deux dernières cavités ne communiquaient pas entre elles. La ponction de la plèvre avait amené du pus, mais cette ponction avait eu lieu en réalité au-dessous du diaphragme, de même que, dans l'opération pratiquée par M. le Dr Vallas, il a fallu inciser le diaphragme. Le petit malade avait bien des chances de guérison, il a succombé à une infection générale, comme en témoignent les caillots kystiques puriformes, trouvés dans le cœur.

OBSERVATION XXIII (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Colrat.)

Un enfant a un début très net d'appendicite. Huit jours après il entre à la Charité avec une tuméfaction douloureuse de l'hypocondre droit. Symptômes généraux très graves. M. le Dr Colrat

porte le diagnostic d'abcès sous-diaphragmatique à contenu gazeux. Opéré immédiatement par M. le professeur agrégé A. Pollosson : après incision de la tumeur, il sort des flots de pus mélangés à des gazputrides. Mort vingt-quatre heures après. L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XXIV

C. Eisenlohr. — *In* thèses Deschamps et Ramadan.

Ch. T..., dix-huit ans, apprenti tailleur.

24 janvier. — Symptômes très nets d'appendicite.

2 février, 8 février. -- La marche de l'affection est celle d'une péritonite par perforation qui se serait localisée dans un point très circonscrit par la fermeture rapide de la perforation.

8. — Tympanisme de l'angle de l'omoplate à la douzième côte, souffle bronchique intense, le tout du côté droit.

16. — On diagnostique une cavité contenant de l'air entre le foie repoussé vers l'abdomen et le diaphragme refoulé dans la cavité thoracique.

17. — Tympanisme à droite et en avant jusqu'à la septième côte ; en arrière à la base sonorité fortement tympanique, timbre métallique, moitié droite du thorax très dilatée. Respiration métallique dans le voisinage de l'angle de l'omoplate, toujours à droite.

Autopsie. — La paroi abdominale antérieure a contracté des adhérences avec les anses intestinales du côté droit, la partie supérieure du côlon ascendant, le côlon transverse, la moitié droite de l'épiploon et le bord antérieur du foie. Mêmes lésions autour du cæcum. Tout autour, pus gris verdâtre descendant jusque dans le petit bassin. Foie abaissé, un peu de pus entre sa face inférieure et le côlon transverse. Entre la face convexe du foie et le diaphragme cavité spacieuse remplie d'air et de pus floconneux verdâtre. Cette cavité communique à travers une perforation du diaphragme, avec la plèvre droite qui contient des gaz et une grande quantité de pus jaunâtre. Poumon droit ratatiné et vide d'air, Poumon et plè-

vre gauches sains. Dans le médiastin antérieur derrière le bord gauche du sternum, foyer purulent de la grosseur d'une noisette. Péricardite fibrineuse. Lésions d'entérite du gros intestin et surtout du côlon ascendant. Sur l'appendice vermiforme, deux ulcérations de la muqueuse cicatrisées ; il contient deux petites masses stercorales. C'est probablement le point de départ des accidents.

OBSERVATION XXV (résumée).

Vanlair. — *Acad. de méd. de Belgique*, 25 février 1893.

Enfant de six ans, sans antécédents pathologiques.

Le 1^{er} mars 1891, frisson violent avec météorisme, diarrhée et douleur dans la fosse iliaque droite. Température : 40 degrés. Le malade ne tousse pas. On diagnostique une appendicite.

Le 11 mars, matité à la base droite du thorax.

L'épigastre se gonfle et les symptômes abdominaux s'atténuent ; le 22 mars, la tumeur épigastrique augmente de volume ; trois jours plus tard on note le développement brusque d'un pneumothorax à droite ; la peau recouvrant la tumeur s'amincit, l'état général empire.

Von Winiwater incise la tumeur qui donne issue à du pus, puis à un liquide à odeur stercorale et à des gaz. La poche est sous-diaphragmatique. L'estomac en est totalement indépendant. — Drainage.

Le lendemain, température 37 degrés. — Trois semaines après, guérison.

CONCLUSIONS

I. L'appendicite se complique parfois d'abcès péri-hépatique, très rarement d'abcès péri-hépatique gazeux.

II. La propagation de l'inflammation se fait par l'intermédiaire du tissu cellulaire rétro-péritonéal, et, le plus souvent, par la voie péritonéale, par péritonite de propagation.

III. L'abcès péri-hépatique se manifeste au début par un mauvais état général, par la persistance de la fièvre, enfin par l'apparition d'une pleurésie droite de voisinage, pleurésie rarement sèche, ordinairement séreuse, parfois purulente.

IV. Le pronostic, très sombre si on laisse l'abcès évoluer naturellement, n'est pas grave si on intervient chirur-

giquement. Il est à peu près fatal pour les abcès péri-hépatiques gazeux.

V. Le traitement chirurgical consiste dans l'incision large de l'abcès.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POLLOSSON (M.)

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET

Vu, bon et permis d'imprimer :
LE RECTEUR,
EM. CHARLES.

